



# WELL CHILD EXAM - INFANCY: 9 MONTHS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

## 유아기 (9개월)

가 며 파 한 부 분 부	아동의 이름		아기를 대리고 온 사람:	생년월일
	알레르기 문제		현재 복용하고 있는 약품	
	지난 방문 이후의 질병/사고/문제/염려사항 등		오늘 질문한 사항:	
	예 아니오 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 손각락으로 집어 음식을 먹을 수 있습니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 몇몇 날말을 알아 듣습니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 밤 중에 깨지 않고 잘 잡니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 저는 자주 슬픈 기분이 들지는 않습니다.		예 아니오 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 스스로 주위를 움직입니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 깡통 혹은 팻-어-케익(pat-a-cake)과 같은 게임을 합니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 주시하거나 들을 수 있습니다.	
WEIGHT KG/OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE		
<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history		Diet _____ Elimination _____ Sleep _____  <input type="checkbox"/> Review Immunization Record <input type="checkbox"/> Lead Exposure <input type="checkbox"/> Fluoride Supplements <input type="checkbox"/> Fluoride Varnish <input type="checkbox"/> Hct/Hgb <input type="checkbox"/> Tb Health Education: (Check all discussed/handouts given) <input type="checkbox"/> Family Planning <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> No Bottle in Bed <input type="checkbox"/> Development <input type="checkbox"/> Crib Safety <input type="checkbox"/> Infant Bond <input type="checkbox"/> Feeding <input type="checkbox"/> Fever <input type="checkbox"/> Teeth Care <input type="checkbox"/> Bedtime ritual <input type="checkbox"/> Language Stimulation <input type="checkbox"/> Stranger Anxiety <input type="checkbox"/> Appropriate Car Seat <input type="checkbox"/> Child care <input type="checkbox"/> Passive Smoke <input type="checkbox"/> Poison Prevention <input type="checkbox"/> Other: _____  Assessment/Plan: _____  _____  _____  _____		
Screening: Hearing <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N      A Vision <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Development: Circle area of concern Adaptive/Cognitive      Language/Communication Gross Motor      Social/Emotional      Fine Motor Behavior <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mental Health <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Physical: General appearance <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N      A Skin <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Head/Fontanelle <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Eyes (Cover/Uncover) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ears <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nose <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oropharynx/Teeth <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Neck <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nodes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Chest <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N      A Lungs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cardiovascular/Pulses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Genitalia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Spine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Neurologic <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Describe abnormal findings and comments:  _____  _____  _____				
<b>NEXT VISIT: 12 MONTHS OF AGE</b>		HEALTH PROVIDER NAME		
HEALTH PROVIDER SIGNATURE		HEALTH PROVIDER ADDRESS		

## **Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (9 months)**

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

### **Fluoride Screen**

Look for white spots or decay on teeth. Check for history of decay in family. Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999-00.(215).

### **Tuberculosis Screen**

Screen for these risk factors:

- Members of household with tuberculosis or in close contact with those who have the disease.
- In close contact with recent immigrants or refugees from countries in which tuberculosis common (e.g., Asia, Africa, Central and South America, Pacific Islands); migrant workers; residents of correctional institutions or homeless shelters or persons with certain underlying medical disorders.

### **Developmental Milestones**

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, the ELMS2 (a language screen), or the MacArthur Communication Development Inventory.

Yes      No

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Sits without support.</u>                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Stands holding on.</u>                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cruises.                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Imitates speech sounds.</u>               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Thumb-finger grasp.                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Says "Dada" or Mama" nonspecifically.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Responds to name.                            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Plays "Peek-a-boo."                          |

Avoids eye contact.

**Instructions for developmental milestones:** At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any two items or even one of the underlined items, or the **boxed item** (abnormal behavior at this age), refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



**건강진단 - 유아기 (9개월)**  
**WELL CHILD EXAM - INFANCY: 9 MONTHS**  
**(EPSDT 지침 준수)**

날짜

**유아기 (9개월)**

가 며 화 체 학 부 의 원	유아기 (9개월)		
	아동의 이름		아기를 대리고 온 사람:
	알레르기 문제		현재 복용하고 있는 약품
	지난 방문 이후의 질병/사고/문제/염려사항 등		오늘 질문한 사항:
	예 아니오 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 손각락으로 집어 음식을 먹을 수 있습니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 몇몇 날말을 알아 듣습니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 밤 중에 깨지 않고 잘 잡니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 저는 자주 슬픈 기분이 들지는 않습니다.		예 아니오 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 스스로 주위를 움직입니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 까꿍 혹은 팻-어-케익(pat-a-cake)과 같은 게임을 합니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 주시하거나 들을 수 있습니다.
	체중 KG/OZ. 백분율	신장 CM/IN. 백분율	머리둘레 백분율
	<input type="checkbox"/> 신체검사	<input type="checkbox"/> 가족병력 검토	식사 _____  네설(대/소변) _____
	검사 항목:	정상 비정상	수면 _____
	청력 검사	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 예방접종 기록 검토 <input type="checkbox"/> 납성분 노출 <input type="checkbox"/> 불소보충 <input type="checkbox"/> 불소 처리 <input type="checkbox"/> Hct/Hgb <input type="checkbox"/> Tb(결핵) 보건교육: (의논을 하였거나 제공된 모든 인쇄물에 체크) <input type="checkbox"/> 가족계획 <input type="checkbox"/> 안전 <input type="checkbox"/> 잠자리에서 우유병 <input type="checkbox"/> 대 운동근육(신경) <input type="checkbox"/> 사회적/정서적 사항 <input type="checkbox"/> 침대      사용하지 않기 <input type="checkbox"/> 행동 사항 <input type="checkbox"/> 소 운동근육(신경) <input type="checkbox"/> 정신 건강
	정신:	정상 비정상	<input type="checkbox"/> Tb(결핵) <input type="checkbox"/> 불소보충 <input type="checkbox"/> 불소 처리 <input type="checkbox"/> Hct/Hgb <input type="checkbox"/> Tb(결핵) 보건교육: (의논을 하였거나 제공된 모든 인쇄물에 체크) <input type="checkbox"/> 가족계획 <input type="checkbox"/> 안전 <input type="checkbox"/> 잠자리에서 우유병 <input type="checkbox"/> 대 운동근육(신경) <input type="checkbox"/> 사회적/정서적 사항 <input type="checkbox"/> 침대      사용하지 않기 <input type="checkbox"/> 행동 사항 <input type="checkbox"/> 소 운동근육(신경) <input type="checkbox"/> 정신 건강
외모	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 예방접종 <input type="checkbox"/> 낮가림의 심화 <input type="checkbox"/> 피부	
머리/정수리 후 천문	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 적정 카-시트 <input type="checkbox"/> 탁아소 <input type="checkbox"/> 간접흡연 <input type="checkbox"/> 눈(가림/가리지 않음)	
귀	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 독극물 예방	
코	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 기타: _____	
구강 인두/치아	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 명가/계획: _____	
목	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	
결절	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	
이상 건강에 대한 설명이나 의견:			
예방접종			
의뢰			
다음 방문: 12개월		진찰자 성명	
진찰자 서명		진찰자(진료원) 주소	

## 9개월 아동의 건강

### 성장 과도기

9개월에서 12개월 사이의 아이 발육  
범위들.

바닥 주위를 기어 다닙니다.

서서 가구를 붙잡고 발을 옮깁니다.

걸음 마를 시작하는 아기도 있습니다.

원하는 것을 손으로 가리킵니다.

컵을 쥐고 마시거나 먹습니다.

동요(Pat-a-cake) 놀이나 까꿍 놀이를  
합니다.

"마마", "파파" 그리고 "바이바이"와 같은 낱  
말을 말하기 시작합니다.

**아이가 새로운 기술을 배우는 데  
도움이 되도록 아이와 대화하고  
놀아줍니다.**

### 도움이나 상세한 정보를 원할 때

**발달(발육) 상태 무료 검사:** Healthy  
Mothers, Healthy Babies 정보와 의뢰기관  
전화번호. 1-800-322-2588 (음성) 혹은  
1-800-833-6388 (TTY 자막)

**카-시트 안전:** Safety Restraint  
Coalition, 1-800-BUCK-L-UP (음성) 혹은  
1-800-833-6388 (TTY 자막)

**특별 지원이 필요한 유아:**  
Parent to Parent, 1-800-821-5927.

**독극물 예방:**  
Washington Poison Center 1-800-732-  
6985 (음성) 1-800-572-0639 (TTY 자막)  
비상 사태시에는 911로 전화.

**양육 기술과 지원 정보:** 가족 헬프  
전화번호, 1-800-932-HOPE (4673) Family  
Resources Northwest, 1-888-746-9568  
지역 커뮤니티 칼리지 강좌

### 건강정보

가능하다면 최소 한 일년까지 계속해서 모유를  
먹입니다.

모유와 우유는 아기에게 있어서 여전히 중요한  
식품입니다. 또한 부드럽고 잘게 이긴 이유식을 할  
필요가 있습니다.

새로 나온 치아를 건강하게 유지하십시오. 음식을  
먹인 후에는 깨끗이 닦아 줍니다. 깨끗한 가지  
가장자리로나 아주 작은 부드러운 칫솔을  
사용합니다. 잠자리에 우유병을 물리지 않도록  
합니다.

항생제가 언제나 좋은 약이 될 수는 없습니다.  
항생제는 감기나 기타 바이러스성 질환을 낫게  
하지 않습니다. 그려므로 필요치 않는 항생제를  
아기에게 주면 아기에게 해로울 수 있습니다.

아기로 하여금 컵을 사용하는 습관을 기르도록  
하십시오. 물, 모유, 우유 등을 즐 때 아기용 컵에  
넣어서 줍니다. 아기가 우유병을 빨면 1살  
무렵부터 컵으로 대체합니다.

손을 자주 씻습니다. 기저귀를 간 후, 그리고  
음식을 먹이기 전에 특히 씻어야 합니다. 그리고  
비누와 물로 아기의 장난감도 씻어 주십시오.

### 양육 정보

아기들은 그들만의 독자적인 방법으로 성장해  
나가며, 아기는 계속해서 배우고 변화되어야 한다.  
아이의 발육 상태가 적절하지 못하다고 생각이  
들면 의사나 간호원에게 이에 관해 상의한다.  
발달상태에 대한 무료검진은 건강한 엄마에  
건강한 아기(Healthy Mothers, Healthy Babies)  
프로그램 담당국으로 전화(왼쪽에 전화번호  
참조)한다.

### 안전 정보

아기가 옥조안에 있을 땐 언제나 주시하십시오.  
깊이가 몇 인치 안되는 물에서도 순식간에 소리 없  
이 익사할 수 있습니다. 옥조실을 나와야 하는  
일이 있으면 아기도 같이 데리고 나가십시오.

생후 일년간 아기용 카-시트를 차량 뒤로 보도록  
하여 벨트를 맵니다. 카-시트는 차의 가장 안전한  
뒷 좌석에 듭니다.